**CARTA DE COMPROMISO PROCESO DE REHABILITACION INTEGRAL**

CIUDAD­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FECHA­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ HORA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Yo­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_identificado con C.C\_\_\_\_\_\_\_­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, me comprometo de manera consiente, libre, activa y participativa con el Programa de Rehabilitación Integral del cual hago parte por causa de mi contingencia. Soy completamente consciente de las consecuencias que acarrearía a mi programa de Rehabilitación el hecho de no asistir cumplidamente a mis citas médicas o sesiones terapéuticas programadas sin justa causa, así como el hecho de desertar por completo del programa de Rehabilitación Integral, de acuerdo con el artículo 17 de la Ley 776 de 2002

El paciente de seguir las recomendaciones dadas por el terapeuta y el médico especialista ser adherente al tratamiento farmacológico y terapéutico para el desarrollo dentro de la IPS, así como en sus actividades de la vida diaria.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del usuario Firma del Profesional de Rehabilitación

Nombre: Nombre:

Documento: Documento: